

УДК: 616.831-005.1-06:312.2

*І.О. Дубинецька, М.О. Глуха*

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ГОСТРОГО ПЕРІОДУ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОЄДНАНОЮ СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка  
(науковий керівник – к. мед. н. О.О. Філінець)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Мозковий інсульт (МІ) є вік-залежним захворюванням, тому найчастіше розвивається на тлі існуючої соматичної патології. Останнім часом проведено чимало досліджень, які стосуються впливу окремих соматичних захворювань та преморбідного фону в цілому на віддалені функціональні наслідки, ефективність реабілітації та довготривалий прогноз у хворих на МІ. Проте, зв'язок коморбідності із тяжкістю перебігу гострого періоду МІ висвітлений недостатньо.

Метою нашого дослідження стала оцінка показників тяжкості перебігу гострого інсульту (глибини розладів свідомості, ступеня неврологічного дефіциту, екстрацеребральних ускладнень) у пацієнтів із різним рівнем коморбідності.

Нами проведено клініко-неврологічне обстеження 207 хворих (96 чоловіків і 111 жінок) у найгострішому періоді ішемічного інсульту (ІІ). Середній вік хворих становив  $70,9 \pm 0,8$  року. Оцінювали ступінь пригнічення свідомості за шкалою ком Глазго (ШКГ), тяжкість інсульту за шкалою NIHSS (Т. Brott et al., 1989); тяжкість супутньої соматичної патології за індексом Чарлсона, ІЧ (М.Е. Charlson et al., 1987). Всіх пацієнтів поділено на групи з низькою (ІЧ дорівнював 0 або 1), середньою (2) і високою коморбідністю ( $\geq 3$ ). Частка таких хворих при ІІ становила відповідно 48,8, 28,0 і 23,2%, а середній ІЧ –  $1,8 \pm 0,07$ .

За результатами дослідження встановлено, що хво-

рі на ІІ з високим ІЧ надходили до стаціонару з найбільшим рівнем пригнічення свідомості –  $12,3 \pm 0,39$  бала за ШКГ, при цьому показник достовірно відрізнявся від групи з середнім ( $13,7 \pm 0,25$ ;  $p < 0,01$ ) та низьким ІЧ ( $13,6 \pm 0,19$ ;  $p < 0,01$ ). Тяжкість ІІ за шкалою NIHSS у хворих, в яких інсульт виник на тлі високої коморбідності (ІЧ  $\geq 3$ ) становила  $17,5 \pm 0,95$  бала. Цей показник був істотно вищим, ніж при середньому ( $11,26 \pm 0,61$ ;  $p < 0,01$ ) і низькому ( $10,8 \pm 0,46$ ;  $p < 0,01$ ) рівнях соматичної патології.

Клінічний перебіг гострого періоду ІІ у 40 пацієнтів ускладнила інсульт-асоційована пневмонія. Серед осіб із низьким ІЧ таке ускладнення виникало найрідше – у  $13,0 \pm 2,5\%$  випадків, а при середньому ІЧ – у  $17,2 \pm 4,8\%$  ( $p > 0,05$ ). При інсульті на фоні високої коморбідності пневмонія виникала найчастіше – в  $33,9 \pm 6,1\%$ , що достовірно відрізнялось від груп з низьким ( $p < 0,01$ ) та середнім ІЧ ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, перебіг ІІ у хворих із високим рівнем соматичної патології, відрізняється тяжкістю загально-мозкових і вогнищевих неврологічних проявів, а також частим розвитком загрозливого екстрацеребрального ускладнення – пневмонії. Отже, своєчасну терапевтичну корекцію соматичних захворювань необхідно розглядати як спосіб зниження інвалідизації та смертності хворих на інсульт.

УДК: 616-001.17-036:159.942

*В.А. Захаркевич*

## К ВОПРОСУ О ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОМ СТАТУСЕ ОЖОГОВЫХ БОЛЬНЫХ

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии  
(научный руководитель – доц. В.Д. Меламед)

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Беларусь

Цель: изучить психо-эмоциональный статус ожоговых больных.

Объект исследования (четыре группы): 1. 6 больных с ожогами II-III А степени; 2. 12 пациентов, подлежащих операции аутодермопластики; 3. 4 больных с постожоговыми рубцами; 4. Контрольная группа – случайная выборка (8 человек).

Предмет исследования: изучение личностной и реактивной тревожности; изучение субъективной самооценки и отношения к болезни. Методики проведения исследования: клиническая беседа; опросник тревожности Спилберга-Ханина; методика Дембо-Рубенштейн; цветовой тест Люшера.

Результаты: в 1-ой группе выявлен более высокий уровень тревожности по сравнению с контрольной (100% и 50% соответственно), который может быть связан не только с актуальной ситуацией болезни, но с другими факторами (проблемы в семье, коллективе и т.д.), выявленными в результате клинической беседы.

У пациентов определяется низкий уровень тревожности по цветовому тесту Люшера (25%). Больные прогнозируют благоприятный исход заболевания, что соответствует объективным клиническим данным. Во 2-ой группе также выявлен более высокий уровень тревожности по сравнению с контрольной группой (87,5% и 50% соответственно). Тревога, вероятно, связана с ожиданием предстоящей операции и опасением по поводу её исхода. Об этом свидетельствуют данные клинической беседы.

В 3-ей группе выявлен более высокий уровень тревожности по сравнению с контрольной (100% и 50% соответственно). У всех исследуемых наблюдается тревожность по тесту Люшера. Во всех трех группах большинство пациентов отрицают переживания по поводу заболевания, что можно интерпретировать как механизм психологической защиты (вытеснение, отрицание). Завышенную самооценку во всех трех группах можно рассматривать как про-



## СПИСОК ВИПРАВЛЕНЬ

На 20 та на 320 сторінці замість «*J.Y. Ansong*» слід читати «*J.Y. Ansong, A.S. Sydorchuk*».

На 21 та на 320 сторінці замість «*J.D. Agorkle, I.A. Plesh, N.O. Slyvka, E. Gyasi, P.E. Ighomuaye*» слід читати «*J.D. Agorkle, N.O. Slyvka, E. Gyasi, P.E. Ighomuaye*».

На 24 та на 320 сторінці замість «*Abdiaziz Hilowle, V.G. Kupchanko*» слід читати «*Oksana Bakun, Abdiaziz Hilowle, V.G. Kupchanko*».

На 24 та на 320 сторінці замість «*Mgeta Frank*» слід читати «*Mgeta Frank, Ye.S. Karliychuk*».

На 25 та на 320 сторінці замість «*Patience Dzikunu*» слід читати «*Patience Dzikunu, O.O. Olenovych*».

На 31 та на 321 сторінці замість «*Nikita Patel, Lincoln Lebin, J.M.Teleki, T.Y.Lazaruk*» слід читати «*Nikita Patel, Lincoln Lebin, J.M.Teleki, T.Y.Lazaruk, O.J. Olinyk*».

На 32 та на 321 сторінці замість «*Emeline Oropki*» слід читати «*Emeline Oropki, O.O. Olenovych*».

На 33 сторінці замість тексту тез «У наш час поширення нейроциркуляторної дистонії (НЦД)....» слід читати:

«Гіпогалактія – це зниження секреторної діяльності молочних залоз в період лактації. Розрізняють первинну і вторинну гіпогалактію.

Метою даної роботи було вивчення особливостей клінічного перебігу післяпологового періоду. Нами обстежено 60 породіль, які розподілили на дві групи: I – основна – 30 жінок із зниженою лактаційною функцією. II – контрольна – 30 породіль із збереженою лактаційною функцією. При оцінці ступеня недостатності функції лактації використовували класифікацію С.Н.Гайдюкова (1999): I ступ. тяжкості – дефіцит молока не більше 25% від необхідної кількості, II ступ. – 50%, III ступ. – до 75%, IV ступ. – понад 75%. Для постановки діагнозу недостатності функції лактації (гіпогалактія) брали до уваги дані анамнезу, наявності екстрагенітальних захворювань, ускладнення перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду.

Нормальний перебіг післяпологового періоду в основній групі було відмічено у 4 породіль, що склало 13,3%, у контрольній – у 16 (53,3%). Зниження функції лактації – у 22 (73,3%) жінок основної групи та у 4 (13,3%) – контрольної групи, субінволюція матки – у 4 (13,3%) жінок основної групи та у 1 (3,3%) жінок контрольної групи. При гіпогалакції у більшості породіль основної групи відмічалася загроза переривання вагітності – у 14 (46,6%), гестоз – у 10 (33,3%), анемія – у 27 (90%), плацентарна недостатність – у 12 (40%), у контрольній групі – у 16,6, 3,3, 53,3 та 6,6% спостережень, відповідно ( $p < 0,05$ ). Найвагомішими інтранатальними чинниками для порушень лактаційної функції після пологів були аномалії пологової діяльності і крововтрата понад 500 мл, які реєструвалися в обох групах майже з однаковою частотою. На становлення лактації в перші 5 діб після пологів впливає стан соматичного здоров'я жінки, її акушерсько-гінекологічний статус, акушерські ускладнення, які частіше реєструвалися в жінок основної групи.»

На 109 та на 329 сторінці замість «*Е.Ц. Ясинська, І.В. Навчук, М.І. Грицюк, А.С. Бідучак, Дхітал Капіл*» слід читати «*М.І. Грицюк, А.С. Бідучак, Дхітал Капіл*».

На 168 та на 334 сторінці замість «*І.О. Дубинецька, М.О. Глуха*» слід читати «*І.О. Дубинецька, М.О. Глуха, О.О. Філінець*».

На 218 та на 339 сторінці замість «*І.В. Навчук, М.І. Грицюк, Е.Ц. Ясинська, Ж.А. Ревенко, Г.В. Кардаш*» слід читати «*М.І. Грицюк, Ж.А. Ревенко, Г.В. Кардаш*».

На 290 та на 346 сторінці замість «*О.К. Малютіна, Р.Г. Процюк, В.В. Зарубіна, І.Є. Шехтер*» слід читати «*О.К. Малютіна, В.В. Зарубіна, І.Є. Шехтер*».

На 330 сторінці замість «*О.В. Шерстобітова, С.В. Скоропляк, Ю.М. Вепрюк, Н.М. Шумко, Ю.В. Ломакіна*» слід читати «*О.В. Шерстобітова, Ю.В. Ломакіна, М.І. Кривчанська*».

Приносимо наші вибачення з приводу допущених технічних помилок друку і сподіваємось на Ваше розуміння.